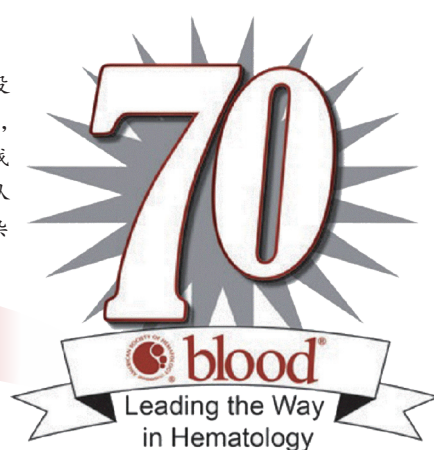
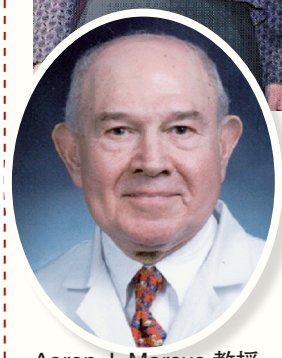




编者按: 12月5-8日, 第57届美国血液学会年会(ASH)在美国佛罗里达州奥兰多举行。本届ASH年会设立了白血病临床、白血病基础、恶性淋巴瘤、多发骨髓瘤、造血干细胞移植等38个专业分场, 下设123个分会, 共4820篇论文, 在血液肿瘤的精确诊断、精准治疗、免疫治疗、基因治疗等方面报告了多项临床和基础研究。我国血液学者已达国际先进水平, 今年有多个口头报告和壁报展出在会上交流。ASH的官方杂志—《血液》杂志从1946年开办以来, 经历了70年历史, 已经成为血液学领域的顶级杂志, 此次会议上也回顾了杂志历史、展望了杂志未来。



第57届美国血液学会年会召开 世界舞台上的中国之声



Aaron J. Marcus 教授

↑ Aaron Marcus 教授因其在血栓和出血领域的贡献获本届 Wallace H. Coulter 奖, 不幸的是 Marcus 教授已于今年5月离世。ASH 主席 David Williams 教授(中)给 Marcus 教授的女儿(左)和儿子(右)颁奖。



Craig Kitchens 教授



Curt Civin 教授

Craig 和 Curt 教授
分获本届 Mentor 临床
研究和基础研究奖。

热点研究

★以小分子酪氨酸激酶抑制剂(TKI)为代表的1、2、3代药物已广泛用于治疗慢性髓细胞白血病(CML), 其中2代TKI治疗初治CML的8年无病生存率已达到89%。3、4代TKI也在T315I耐药的CML患者中进行了临床研究, 使难治CML完全缓解(CR)

率达到了82%, 对于CML患者BCR/ABL基因为MR4.5~MR5.0的患者进行停药临床观察, 多项研究表明, 约42%~62%的患者可获得分子生物学的持续缓解。CML已成为靶向精准治疗在肿瘤中的成功例子, 已成为临床慢性可治愈的疾病。

★美国国家癌症研究所James N. Kochenderfer等首次证明, 应用抗B细胞成熟抗原的嵌合受体T细胞(CAR-BCMA)治疗多发性骨髓瘤(MM)获得缓解。体外通过γ逆转录病毒介导的CAR修饰患者自体的T细胞, 后回输注CAR-BCMA-T细胞。入组12例接受中位7线以上治疗的高危MM患者。

接受最低剂量浓度输注的6例患者中, 1例获得部分缓解, 另5例疾病稳定。接受稍高剂量浓度输注患者中, 2例疾病稳定, 1例获得非常好的部分缓解。接受最高剂量浓度细胞输注的2例患者, 出现较严重的细胞因子释放综合征。首次证明, CAR-BCMA-T细胞有令人鼓舞的抗骨髓瘤效应。

★儿童急性淋巴细胞白血病(ALL)约占儿童白血病的80%。治疗反应是评价儿童ALL最为重要的因素。微小残留病(MRD)的监测是评价治疗反应的重要手段。

洛杉矶儿童医院的Michael Pulsipher教授指出, 目前, MRD检测的主要手段主要包括ASO-PCR技术和流式细胞仪技术, 但二者各有缺点。一种新的基于二代测序技术(NGS)的MRD检测手段被开发出来, 其基于

淋巴细胞基因组的特异性重排, 检测的高敏感性可对儿童ALL的危险度进行更精细的分层。NGS-MRD也能用于监测ALL患儿移植后的复发情况。最新研究表明, 移植前NGS-MRD阳性的ALL患儿骨髓移植后复发比例显著高于移植前阴性的ALL患儿; 移植后NGS-MRD阳性的患儿复发的比例也显著高于移植后阴性患儿。NGS-MRD检测将进一步提高儿童ALL的诊疗水平。

★美国华盛顿州Fred Hutchinson癌症中心Bart L. Scott等比较清髓(MAC)和减低剂量强度预处理方案(RIC)的异基因造血干细胞移植治疗骨髓增生异常综合征(MDS)和急性髓细胞白血病(AML)的Ⅲ期临床试验结果发布。

RIC组18个月的总生存率是67.7%, 而MAC组是77.4%, 但无统计学差异。RIC组的2~4级急性移植物抗宿主反应

(GVHD)发生率、治疗相关死亡率显著低于MAC组(15.8%), 但RIC组复发率显著高于MAC组。MAC组无复发生存率显著高于RIC组。RIC组有44例死亡, 复发是最主要的原因, MAC组有31例死亡, GVHD是最主要的死亡原因, 其次是复发。

RIC组100d和1年的生活质量显著好于MAC组, 特别是在身体机能方面, 但在心理和社会方面的影响差异不大。

单倍型移植治疗重型再障安全有效

▲北京大学人民医院 北京大学血液病研究所 黄晓军

在今年ASH年会上, 笔者介绍了中国单倍型造血干细胞移植(HSCT)治疗重型再生障碍性贫血(SAA)的最新结果, 围绕在亚太地区包括中国, SAA患者面临无配型相合供者的情况下, 单倍型HSCT治疗SAA的疗效和安全性等问题, 进行经验分享。

英国血液学会最新指南推荐, 对于年龄<50岁没有同胞全合的供者或年龄>50岁的患者, 包括抗人胸腺细胞球蛋白(ATG)和环孢菌素A(CsA)的免疫抑制治疗是首选; 对于3~6个月治疗无效的患者, 二线治疗选择配型相合的非血缘HSCT, 而单倍型HSCT被谨慎的推荐作为无相合供者的可能治疗选择之一, 欧洲骨髓移植登记组正在应用统一的方案对其进行评估。

北京大学血液病研究所所以改良马利兰/环磷酰胺(Bu/Cy)+ATG为预处理方案, 进行单倍型骨髓加外周血干细胞移植治疗SAA, 取得良好的疗效。

许兰平等报道, 19例SAA患者, 中位随访746(90~1970)d总生存率(OS)为64.6%。

Kojima报道, 单倍型HSCT治疗SAA的5年OS为66.7%(9例)。

鉴于单倍型HSCT治疗SAA的良好疗效及其他循证医学证据, 在发表的亚太地区SAA治疗更新指南中, 对SAA的治疗选择作出一些改

变: 在没有同胞全合供者的情况下, 免疫抑制治疗仍然是首选, 同时进行替代供者HLA配型, 在二线治疗选择中替代供者HSCT包括单倍型HSCT已被推荐作为优先于免疫抑制治疗的选择。是否可将单倍型供体作为二线的选择, 已有的病例数尚不多, 尚需积累更多的病例, 并需要前瞻的多中心研究来证明。

中国最新的多中心研究治疗SAA的数据显示, 101例患者中, 97例生存超过28d。在这97例患者中, 粒细胞100%植入, 血小板97%植入; 2例发生继发性移植排斥, 经过治疗造血得以恢复; 2~4度急性移植物抗宿主病(GVHD)的发生率为34%, 重度急性GVHD发生率为8%; 3年慢性GVHD发生率为31%, 广泛型慢性GVHD为11%; 100d巨细胞病毒血症发生率为68%, EB病毒血症发生率为18%, 腺病毒血症发生率为1%; 1年治疗相关死亡率为11%, 中位死亡时间为移植后42d, 死因分别为GVHD 1例, 感染4例, 药物毒性3例, 其它3例; 即使对于有2项以上危险因素的患者, 3年生存率亦接近80%。

结果表明, 单倍型移植治疗SAA安全有效, 在将来的研究中可进一步进行优化, 很有可能成为没有相合供者情况下的重要治疗选择。

(下转第23版)